

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

M22- N° 004614

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 987

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Retraité

Nom & Prénom : SIKALLI HOUSSEINI Saïda

Date de naissance : 01.01.1947

Adresse : Oued du Parc - Terrasses Marine App. 4

Dar BOUAZZA

Im. 9

Tél. : 06.61.268.568

Total des frais engagés : 1.000

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31.12.2022

Nom et prénom du malade : M. M. M. M. M.

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## Adresses Mails utiles

- ☐ Réclamation : contact@mupras.com
- ☐ Prise en charge : pec@mupras.com
- ☐ Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



<b>RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES</b>					
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes	
31-12-2022	ECHO-COEUR		1000 ✓	(Signature)	

Dr. EL MAKHLIF  
Professeur Agrégé  
N° 5 - Rue Med. Agha

0937851

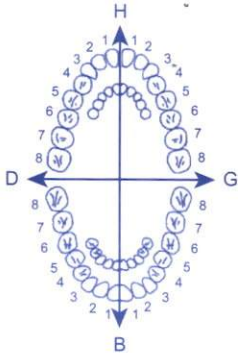
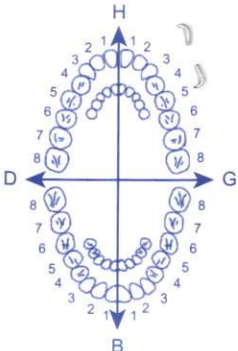
[illegible][illegible][illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

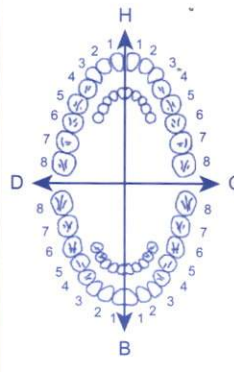
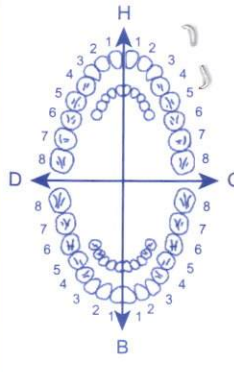
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				Coefficient des Travaux <input type="text"/>										
				Montants des Soins <input type="text"/>										
				Début d'exécution <input type="text"/>										
				Fin d'exécution <input type="text"/>										
<b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>													
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>H</span> <span>G</span> </div> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">25533412</td> <td style="padding: 2px 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; padding: 2px 10px;">D      00000000</td> <td style="border-top: 1px solid black; padding: 2px 10px;">G      00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">35533411</td> <td style="padding: 2px 10px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px 10px;">B</td> </tr> </table>			25533412	21433552	00000000	00000000	D      00000000	G      00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des Travaux <input type="text"/>
	25533412	21433552												
	00000000	00000000												
	D      00000000	G      00000000												
	35533411	11433553												
	B													
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des Soins <input type="text"/>										
				Date du devis <input type="text"/>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.**

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div><div>H</div><div><div><div>25533412</div><div>00000000</div><div>D</div></div><div><div>21433552</div><div>00000000</div><div>G</div></div></div><div>B</div></div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	<div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF**  
**Cardiologie adulte et pédiatrique**  
**Explorations Cardio-vasculaires**

---

5, rue Mohamed Abdou CASABLANCA

Tél. : 0522.29.81.55 / 59 ou 0522.47.26.89

Fax : 0522.22.62.97

GSM cabinet : 06 78 18 18 16

CASABLANCA Le 31.12.2022

MMESKALLI HOUSSEINI SAIDA

ECHO CARDIAQUE ..... 1 000,00DHS

Arrêtez la présente facture à la somme de 1000.00DHS

Dr. EL MAKHLOUF Ali  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5, Rue Med. Abdouh - Casa  
Tél: 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89

EN CAS D'URGENCE APPELEZ LA CLINIQUE JERRADA

0522238181

DR EL MAKHLOUF 0661131483

**CASABLANCA, LE 31.12.2022**

**MME SAIDA SKALLI HOUSSEINI**

**COMPTE RENDU ECHO-COEUR**

Dim.vgtd= 42  
Dim.vgts= 29  
Ep.ppvgt= 9  
Siv td= 10  
Dim.racine ao= 33  
Dim.og.= 35  
Ouv.sigm.ao= 13

**Commentaires:**

Oreillette gauche normale.  
Hypertrophie ventriculaire gauche modérée prédominant sur le SIV  
Fonction ventriculaire gauche normale  
Fraction d'éjection Simpson =60% en 3D

**Mitrale:**

Insuffisance mitrale grade 2 légèrement excentré sur la grande valve sur anneau calcifiée  
Pas de prolapsus de  
Le rapport E/A < 1 m/s avec l'onde E = 0.87m/s.  
Le diamètre de la PISA <2mm

**Aorte:**

Sténose aortique valvulaire sur valves épaissies et légèrement calcifiée  
Le gradient moyen 28mmHg et le gradient maximum = 45mmHg  
La surface aortique non indexée = 1cm  
Fuite aortique minime  
Le diamètre de la chambre de chasse = 21mm  
Aorte ascendante non dilatée

**Tricuspidie:**

Insuffisance tricuspide grade 1  
La pression artérielle pulmonaire systolique est à 30 mmHg.

**Conclusion:**

Rétrécissement aortique assez serré  
Fuite aortique minime  
Insuffisance mitrale grade 2 sur anneau calcifié  
Oreillette gauche normale.  
Hypertrophie ventriculaire gauche modérée prédominant sur le SIV  
Fonction ventriculaire gauche normale  
Fraction d'éjection Simpson =60% en 3D

**Absence d'hypertension artérielle pulmonaire.**

**Prévoir un contrôle écho tous les 04 mois à cause du malaise à l'effort qu'elle a eu**

**Coronarographie indiquée**

  
**Dr. EL MAKHLOUF Ali**  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5, Rue Med. Abdouh - Casa  
05 39 47 25 89